

REZYGNACJA Z UCZESTNICTWA W DOMU DZIENNEGO WSPARCIA

Informuję, iż z dniem składam rezygnację z uczestnictwa w Domu
Dziennego Wsparcia:

.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

nr PESEL,.....
(osoby niepełnosprawnej)

Przyczyny rezygnacji:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis opiekuna faktycznego)